

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1893

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Vendredi 28 Juillet 1893, à 1 heure

Par ESTELLA KRIMER,

Née à Odessa (Russie), le 16 janvier 1866.

DE L'INTERVENTION CHIRURGICALE
DANS LES KYSTES DE L'OVAIRE
COMPLIQUÉS DE GROSSESSE

Président : M. TILLAUX, professeur.

Professeur : M. DEJERINE.

*Agrégés : M.M. { LEJARS.
 { DELBET.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1893

420

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1893

THÈSE

No

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Vendredi 28 Juillet 1893, à 1 heure

Par ESTELLA KRIMER,

Née à Odessa (Russie), le 16 janvier 1866.

DE L'INTERVENTION CHIRURGICALE
DANS LES KYSTES DE L'OVAIRE
COMPLIQUÉS DE GROSSESSE

Président : M. TILLAUX, professeur.

Professeur : M. DEJERINE.

*Agrégés : MM. { LEJARS.
DEL BET.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1893

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M.	BROUARDEL.
Professeurs		MM.
Anatomie.....		FARABEUF.
Physiologie.....		CH. RICHET.
Physique médicale.....		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....		BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....		BOUCHARD.
Pathologie médicale.....		DIEULAFOY.
		DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....		LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....		CORNIL.
Histologie.....		MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....		TERRIER.
Pharmacologie.....		POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale.....		HAYEM.
Hygiène.....		PROUST.
Médecine légale.....		BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		LABOULBÈNE.
Pathologie expérimentale et comparée.....		STRAUS.
		SÉE (G.)
Clinique médicale.....		POTAIN.
		JACCOUD.
		PETER.
		GRANCHER.
Maladies des enfants.....		
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		BALL.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux.....		CHARCOT.
		TILLAUX.
Clinique chirurgicale.....		LE FORT.
		DUPLAY.
		LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires.....		GUYON.
Clinique ophthalmologique.....		PANAS.
Clinique d'accouchement.....		TARNIER.
		PINARD.

Professeurs honoraires

MM. SAPPEY, HARDY, PAJOT, REGNAULD, VERNEUIL.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ALBARAN.	DELBET.	MARIE.	RICARD.
ANDRÉ.	FAUCONNIER.	MAYGRIER.	ROGER.
BALLET.	GAUCHER.	MENETRIER.	SCHWARTZ.
BAR.	GILBERT.	NELATON.	SEBILLEAU.
BRISSAUD.	GLEY.	NETTER.	TUFFIER.
BRUN.	HEIN.	POIRIER, chef des	VARNIER.
CHANTEMESSE.	JALAGUIER.	travaux anatomi-	VILLEJEAN.
CHARRIN.	LEJARS.	ques.	WEISS.
CHAUFFARD.	LETULLE.	QUENU.	
DEJERINE.	MARFAN.	REITTERER.	

Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 6 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'en doit donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE.

A MON PÈRE.

A MES SŒURS ET FRÈRES.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR TILLAUX,

Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine,
Membre de l'Académie de médecine.

A M. LE DOCTEUR POLAILLON,

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine,
Chirurgien des Hôpitaux,
Membre de l'Académie de médecine.

A MONSIEUR PUPIN,

Secrétaire de la Faculté de médecine,
Officier de l'Instruction publique.

INTRODUCTION

Les cas d'ovariotomie double faite pendant la grossesse sont d'une extrême rareté. Notre cher maître M. le docteur Polaillon présenta l'année dernière à l'Académie de médecine une remarquable observation et il nous conseilla d'en faire le sujet de notre thèse inaugurale. Au cours de nos recherches nous avons été amené à élargir un peu le cadre de notre sujet, nous nous sommes aperçus que la conduite à suivre dans les cas de coïncidence d'un kyste de l'ovaire et d'une grossesse n'était pas encore entièrement réglée ; mais traiter la question dans son ensemble était un travail trop vaste pour le cadre restreint que nous nous sommes tracé. Du reste, il y a là deux questions essentiellement différentes ; la conduite à tenir pendant le travail étant presque entièrement du domaine de l'obstétrique, tandis que l'indication à remplir avant l'accouchement est d'ordre purement chirurgical, c'est cette dernière question que nous voulons examiner ici.

Arrivée à la fin de nos études médicales, nous

pliqué de grossesse méconnue augmentaient (Marion, Sims, Spencer Wells). Aussi à partir de 1877, Spencer Wells venait-il proposer formellement de recourir à l'ovariotomie dans tous les cas où le kyste est rompu et même en cas de kystes multiloculaires non compliqués d'accidents, Il fut suivi en Allemagne par Schröder, en Angleterre par Wilson ; en France, Kœberlé conseille de recourir à l'ovariotomie pour les kystes multiloculaires, si la ponction a été inefficace et Péan, dans un travail, publié en 1880 dans la *Gazette médicale* de Paris, fait un plaidoyer en faveur de la gastrotomie.

Cependant la crainte de la péritonite arrêta encore à ce moment beaucoup de chirurgiens ; c'est pour cela que Weiberg propose en 1881 une nouvelle méthode, l'ovariotomie vaginale et, comme le dit M. le professeur Duplay, « l'ovariotomie est un moyen extrême qui ne doit être employé que lorsque les autres sont inapplicables et lorsque l'opération est réclamée par des accidents imminents. »

Des travaux ultérieurs cherchant à préciser les indications, c'est à cette préoccupation que répondent les thèses de M. Coyla et celle de M. Rémy, travail le plus complet qui ait été fait sur cette question. Cependant les nouvelles observations de Schroeder, de Olshausen, de Lawson-Tait, de Wilson, de Péan, de Engstrom, élargissaient encore le cadre des indications de l'ovariotomie ; plusieurs

de ces auteurs se demandent si, comme l'avait dit déjà Thornton l'indication de l'ovariotomie dans les cas de kystes compliqués de grossesse n'était pas absolument formelle, même en dehors de tout accident. Cette conclusion paraît encore aujourd'hui un peu trop hâtive à bon nombre de chirurgiens ; elle nous paraît cependant la plus rationnelle et nous serons heureux, si nous pouvons arriver à le faire ressortir de toutes les conclusions que nous avons pu rapprocher.

LES INDICATIONS DE L'INTERVENTION

Faut-il intervenir par une opération d'urgence seulement en présence d'accidents imminents qui mettent en danger la vie de la mère et du fœtus, ou bien doit-on éviter les accidents par une intervention préventive ? Cherchons d'abord la réponse aux deux questions suivantes :

1° Quel est le degré de fréquence des accouchements normaux dans les cas de grossesse compliquée de kystes ?

2° Quelle est la fréquence des accidents survenant au cours de la grossesse ainsi compliquée ?

C'est la réponse à ces deux questions qui va nous permettre d'arriver à une ligne de conduite rationnelle.

Pour ce qui est des accouchements normaux, M. Rémy les croit fréquents dans les cas où les kystes sont franchement abdominaux ; les accidents du travail ne sont guère dus qu'aux kystes pelviens. Les premiers permettraient faci-

lement l'accouchement, car ils n'offrent aucun obstacle mécanique à la sortie du fœtus ; cet obstacle existe au contraire toujours, lorsque les kystes sont inclus dans le petit bassin ; ce qui s'observe dans le cas des petits kystes de l'ovaire, des kystes retenus dans le petit bassin par des adhérences, ou bien de kystes du ligament large.

Cependant, si on étudie attentivement les statistiques nombreuses, il est facile de voir que bien souvent des accidents graves se sont produits au cours du travail dans les cas de kystes franchement abdominaux. Nous en trouverons plusieurs exemples dans le livre de Spencer Wells ; le chirurgien anglais rapporte plusieurs cas, nous en prendrons trois qui nous paraissent assez démonstratifs. Dans sa première observation le kyste arrive jusqu'au dessous des côtes et l'accouchement à terme amène la mort de la mère et de l'enfant. Dans les observations IV et V, il s'agit de gros kystes et dans les deux cas les enfants sont morts. Du reste Spencer Wells, après avoir cité trois cas où l'expectation n'a pas nui, ni à la mère ni à l'enfant, termine en disant : « Ces faits sont exceptionnels et, outre ceux-ci, je n'en connais qu'un seul où la grossesse se soit terminée par la naissance d'un enfant vivant. Dans tous les autres la non intervention a été la cause de grandes souffrances pendant ou après l'accouchement ; ou bien il y a eu rupture ou gangrène du kyste ; ou enfin on a dû, pour éviter des accidents graves,

avoir recours à la ponction à l'accouchement prématuré ou à l'ovariotomie » (1).

Barnes, qui pourtant condamne formellement l'ovariotomie, dit textuellement « ne rien faire parce qu'on a vu parfois la grossesse et l'accouchement se terminer sans accident, c'est simplement se fier au hasard, et cette passivité risque fort d'amener des regrets inutiles ». Lawson-Tait partage la même opinion.

C'est aussi l'opinion que M. Segond exprimait il y a déjà quelques années dans l'*Encyclopédie de chirurgie*, « sous le prétexte que la grossesse compliquée de kystes ovariens peut, dans certains cas, évoluer normalement, on a beaucoup dit autrefois qu'il fallait attendre, observer les règles d'une prudente expectation et réserver l'intervention pour les cas de force majeure, Mais grâce aux progrès de la chirurgie abdominale, on reconnaît maintenant que la prudente expectation est des plus périlleuses (2). »

M. Pozzi est aussi affirmatif : « On a vu parfois la grossesse se poursuivre et l'accouchement s'effectuer sans que le chirurgien fût intervenu, mais il s'agit là de faits exceptionnels. La règle est que les petits kystes intra-pelviens, s'ils laissent évoluer la grossesse, provoquent des accidents formi-

(1) *Spencer Wells*. Diag. et trait. chirurgical des tumeurs abdominales.

(2) *Segond*. Encyclopédie internationale de chirurgie.

dables au moment du travail ; les grands kystes abdominaux sont une cause presque certaine d'avortement et risquent beaucoup de se tordre au niveau du pédicule, de se rompre ou de suppurer en provoquant la péritonite. Si l'on met en parallèle les dangers certains de l'expectation et la bénignité de l'ovariotomie entreprise à temps, l'hésitation n'est pas permise (1). » Reuter, dans sa thèse (2), arrive à la même conclusion, et l'opinion de ces chirurgiens est corroborée par les faits. Ainsi, l'expectation donne, du côté de la mère, 49.53 0/0 de mortalité (Jetter), 40.35 0/0 (Playfair), et du côté de l'enfant 47.74 0/0 (Jetter). Et si on considère les seuls accidents du travail, la mortalité pour l'enfant est de 28 0/0 (Olshausen). Ainsi, attendre le travail est une pratique que les faits condamnent absolument.

2° Si on examine maintenant le nombre d'accidents survenant pendant le cours de la grossesse avant le travail, la conclusion est peut-être plus nette encore. Ces accidents sont nombreux. Et d'abord la *torsion du pédicule* du kyste. C'est un accident fréquent dans les kystes compliqués de grossesse. Ainsi, Arosen a réuni 72 cas de torsion ayant causé 27 morts ; la torsion, dans ces cas, est rarement lente, c'est presque toujours une torsion rapide qui a peu de tendance à se terminer

(1) Pozzi. Traité de gynécologie.

(2) Reuter. Thèse Sena, 1888.

par l'atrophie et la sclérose du kyste ; le plus souvent il y a gangrène, suppuration et infection générale.

D'autres fois, c'est l'hémorrhagie qui emporte la malade, et l'accident est d'autant plus grave que l'intervention faite dans des conditions aussi défavorables est très souvent impuissante à sauver la malade.

La torsion du pédicule n'est pas une simple coïncidence dans les cas de grossesse compliquée de kyste. On sait aujourd'hui, d'après Lawson-Tait, l'influence considérable du déplacement des viscères sur la torsion. Or, l'utérus gravide est particulièrement apte à déterminer le déplacement du kyste de manière à amener la torsion de son pédicule ; le kyste est accolé à l'utérus et, de plus, si son pédicule reste sur le côté de l'organe, la masse de la tumeur doit se placer en avant ou en arrière de l'utérus gravide ; à mesure que celui-ci grossit, la tumeur subit un mouvement de torsion qui ne peut pas se faire sur son pédicule, celui-ci restant nécessairement immobile, accolé qu'il est à l'utérus qui a dédoublé les deux feuillets du ligament large pour s'y loger.

Mais il y a plus : la torsion peut se faire aussitôt après l'accouchement. Brusquement, le kyste se trouve libre dans une grande cavité ; il tombe par son propre poids et parce qu'il est poussé par la contraction des muscles abdominaux ; d'un autre côté, son pédicule se trouve

beaucoup plus long. Mobilité de la tumeur, allongement du pédicule, voilà deux raisons suffisantes pour expliquer la torsion brusque faisant suite à l'accouchement telle que l'ont observée entre autres Thorton, Stanbury, Gooche et Lawson-Tait.

La *rupture* du kyste est aussi assez fréquente ; elle peut tenir à des causes très différentes. Le plus souvent elle fait suite à la torsion du pédicule ; dans d'autres cas, à l'amincissement considérable et rapide de la paroi par suite du brusque accroissement de la tumeur, peut-être aussi se produit-il une altération de la paroi qui la rend friable. Mais la cause certainement la plus fréquente, c'est la compression déterminée par l'utérus gravide, aussi la rupture survient-elle surtout dans les kystes pelviens, parce que la compression est, dans ces cas, fatale et surtout violente au moment du travail.

Les accidents déterminés par cette rupture sont très graves ; dans quelques cas la mort a été presque instantanée par syncope ; tels sont les deux cas que Spencer Wells rapporte. Dans d'autres cas, si le liquide est aseptique, la rupture peut ne pas être suivie d'accident, la résorption du liquide a été signalée quelquefois. Mais, outre qu'il y a toujours danger d'hémorrhagie, il n'est pas rare de trouver les kystes suppurés, la péritonite est par conséquent fatale.

L'accroissement considérable du kyste dans le

cours de la grossesse est signalé par tous les auteurs : Péan, Spencer Wells, Rœberlé, Stolz, Olshausen, Lucke et bien d'autres auteurs en ont rapporté des observations ; peut-être cet accroissement est-il dû, comme l'a avancé Routh, à l'influence de la suractivité de la circulation locale si remarquable pendant la grossesse.

La *transformation maligne des kystes* de l'ovaire pendant la grossesse est un fait qui a été plusieurs fois constaté. Avancé d'abord par Wernich (1), cette opinion fut soutenue par Léopold et les faits rapportés par Spiegelberg, Frémery, Mosler et d'autres sont de nature à la confirmer. En tout cas, s'il est difficile de démontrer que la grossesse a déterminé la transformation d'une tumeur bénigne en tumeur maligne, on peut admettre, avec Ruge, que la grossesse a hâté le travail de dégénérescence ; cette conclusion est légitimée par les faits où on voit un kyste qui sommeille, progresser rapidement et devenir tumeur maligne à la suite d'une grossesse.

La *péritonite* localisée peut aussi venir compliquer les kystes et la grossesse ; et c'est là certainement une des raisons qui font que les kystes ovariens deviennent assez souvent douloureux pendant la grossesse.

Les douleurs sont assez fréquemment signalées et dans un bon nombre de cas, des kystes indolents

(1) Wernich, Geb. u. Gyn., 1873.

sont devenus peu à peu suffisamment douloureux, pour nécessiter l'intervention chirurgicale au cours de laquelle on a reconnu la grossesse qui avait passé inaperçue et que l'ovariotomie seule a permis de diagnostiquer. Dans certaines observations de Spencer Wells on voit que ces douleurs ont décidé l'intervention ; or, ce sont des douleurs survenant par poussées, s'accompagnant de vomissements, d'accidents fébriles, elles laissent, une fois la crise passée, des points douloureux localisés, qui répondent aux adhérences.

L'*hémorrhagie* enfin est aussi un accident, rare heureusement, en dehors de la torsion du pédicule.

Cependant, déjà en 1860, Habit signale un cas d'hémorrhagie intra-kystique ayant amené la mort.

Quant à la suppuration de la poche, elle est aussi classée par les auteurs, entre autre par M. Rémy, comme une complication des kystes qui s'accompagnent de grossesse. La suppuration du kyste survenant après l'accouchement dans les cas de puerpéralité ne peut pas être rangée parmi les complications que nous étudions, parce que ce sont des accidents évitables et qui, en tout cas, pourraient survenir même sans grossesse.

La compression des organes voisins est une complication fréquente et une des plus gênantes.

Les varices, l'œdème des membres inférieurs ne manquent jamais ; la compression du rectum et

de la vessie sont tout à fait communes dans les kystes pelviens; et la constipation opiniâtre et surtout des troubles vésicaux qui sont extrêmement gênants.

La dysurie est signalée dans de nombreuses observations, la rétention incomplète d'urine l'est encore bien plus souvent. Il faut que les malades s'ingénient à trouver des positions spéciales qui leur permettent de vider leur vessie et dans un certain nombre de cas, surtout à la fin de la grossesse, le cathétérisme est nécessaire, ce qui est une complication qui peut être dangereuse et qui en tout cas est fort désagréable.

Ces accidents de compression qui, avec les douleurs, peuvent être déjà une suffisante cause d'intervention, peuvent à un certain moment donner lieu à une complication grave. Nous trouvons dans la thèse de M. Rémy deux cas d'iléus; M. Rémy se demande s'ils doivent être considérés comme complications de la grossesse; nous avons étudié ces observations et la conclusion nous semble fort nette, Il nous a paru certain que les déplacements de l'utérus gravide ont amené l'enroulement de l'intestin autour du pédicule du kyste.

Il nous reste à étudier l'*avortement* dans les cas de grossesse compliquée de kyste ovarique.

Les kystes de l'ovaire peuvent provoquer l'avortement de deux façons différentes. Tantôt par des accidents aigus tenant aux kystes eux-mêmes; aussi l'avortement n'est pas rare dans les cas de

rupture, d'hémorrhagie, de torsion. Tantôt et surtout dans les troubles que ces kystes déterminent directement du côté de l'utérus.

En effet il n'est pas rare de voir dans les kystes pelviens soit le prolapsus de l'utérus, soit des déviations utérines ; le plus souvent il s'agit alors de rétroflexions car le kyste siège le plus souvent en avant de l'utérus.

Quant aux kystes abdominaux ceux-ci entraînent l'utérus avec eux et le tiraillent continuellement.

Mais ce n'est pas tout ; ces irritations continues déterminent très fréquemment la formation d'adhérences qui empêchent l'utérus de subir le développement nécessité par l'accroissement du fœtus. Or, on sait que ces déviations utérines sont des causes très fréquentes d'avortement. A mesure que la grossesse avance, la gêne qu'éprouvent dans leur développement les deux masses, kystique et utérine, devient de plus en plus considérable et l'utérus réagit par des contractions qui peuvent amener l'expulsion de l'œuf.

Les causes d'avortement sont multiples : les accidents propres au kyste (ruptures, torsion, hémorrhagie).

Les accidents du côté de l'utérus (déviations, adhérences, contractions).

Et cet avortement est d'autant plus fréquent et d'autant plus grave pour la mère et le fœtus qu'il survient à un moment plus avancé de la grossesse,

aussi on ne sera pas étonné de voir que 23 0/0 de grossesses sont interrompues avant le travail. Enfin, nous empruntons à M. Remy une statistique qui est bien concluante :

257 femmes ayant eu 351 accouchements donnent comme mortalité :

27 0/0 pour la mère

30 0/0 pour l'enfant.

En résumé donc :

Il résulte de ce rapide examen des complications survenant au cours des kystes ovariens, compliquant la grossesse, la confirmation de la proposition que nous avons émise au commencement de ce travail à savoir :

Dans tous les cas de kystes compliquant la grossesse, les indications d'une intervention sont formelles.

L'étude des résultats obtenus par l'intervention précoce et surtout par l'ovariotomie démontrera l'utilité de cette manière d'agir.

LES PROCÉDÉS D'INTERVENTION

I. Les déplacements du Kyste.

Nous ne ferons que citer le procédé de refoulement du kyste avec les doigts introduits soit dans le vagin, soit dans le rectum : ces différentes manœuvres ont été conseillées pour les cas des kystes pelviens et elle est basée sur deux ordres de faits :

a) La possibilité de ce refoulement qui est fait souvent par l'utérus lui-même vers le quatrième mois de la grossesse.

b) La bénignité relative des kystes abdominaux.

Nous avons suffisamment insisté sur ce dernier point pour conclure en rejetant formellement ce moyen. Ce qu'il faut, c'est se débarrasser complètement du kyste : ce procédé ne peut être applicable que dans des conditions tout à fait spéciales et encore au moment du travail.

II. La ponction.

La ponction dans les kystes compliqués de

grossesse est de toutes les méthodes, la plus ancienne. C'est le procédé qui était classique avant l'ère antiseptique dans le traitement des kystes ovariens. Quand l'intervention s'imposait, c'est à la ponction que les chirurgiens avaient recours ; aussi cette méthode appartient-elle un peu à tout le monde.

Sa faveur fut pendant longtemps fort justifiée ; c'était de toutes les interventions la moins grave et pourtant la plus efficace. Entre les mains de Jetter, elle donnait les résultats suivants, bons pour l'époque :

Sur 16 femmes, 5 cas de mort.

Sur 15 enfants, 11 morts.

Réunissant des statistiques nombreuses, Doumaïron d'abord à Strasbourg, Treille après à Paris cherchent à justifier cette opération à laquelle on commençait à opposer deux rivaux ; l'ovariotomie et l'accouchement prématuré artificiel ou l'avortement.

Et à côté des statistiques bien peu encourageantes telles que celle de Heiberg qui a une moitié des succès pour la mère et pour l'enfant, celle de Rémy qui donne 5 morts sur 59, soit 8-9 p. 100, on en trouve une autre plus encourageante, c'est celle de Playfair, qui, sur 9 femmes ponctionnées, ne perd pas une seule, il perd seulement 3 enfants. Il est vrai que ces résultats, il est le seul à les obtenir, les statistiques des autres auteurs sont bien loin de la sienne.

Malgré cela quelques auteurs l'acceptent avec un véritable enthousiasme : Eustache conseille de recourir plusieurs fois à la ponction, étant donné qu'elle est inoffensive ; Rheinstaedter est un peu plus modéré puisqu'il n'en espère de bons résultats que dans les cas où il y a des signes de compression, ou quand une intervention plus sérieuse serait impossible à cause de l'état de la malade ; en somme, la ponction est, dans l'esprit de l'auteur, plutôt un procédé de nécessité, un moyen d'attente.

M. Duplay, dans un mémoire publié dans les *Archives générales de médecine* en 1879, tout en admettant l'ovariotomie pour les cas où la vie de la mère ou de l'enfant est en danger, accepte la ponction pour les autres. Et Spencer Wells lui-même, malgré les résultats que l'ovariotomie lui avait donnés, écrit ceci : « La ponction d'un kyste ovarien ne paraît pas être plus dangereuse pendant la grossesse qu'à tout autre moment. Quand il s'agit d'un kyste unique, volumineux, on peut par ce moyen procurer un soulagement immédiat et permettre à la gestation d'atteindre son terme. La mère ne court presque aucun risque, pourvu qu'on prenne les précautions nécessaires pour empêcher le liquide ovarien de pénétrer dans la cavité *péritonéale* et pour éviter que l'air, chargé des germes organiques, ne s'introduise dans le kyste ou dans l'abdomen. » « Pourtant, dit Spencer

Wells, dans les kystes multiloculaires la ponction est le plus souvent inutile. »

Pour bien juger de la valeur de la ponction, il faut se placer à plusieurs points de vue.

Et d'abord, la ponction est-elle une opération aussi anodine, que quelques auteurs ont bien voulu le dire ? Est-elle sans danger ? Les observations de péritonite ou de suppuration du kyste à la suite d'une ponction ne sont pas rares ; il est vrai que ce sont des accidents que l'on peut aujourd'hui éviter. Mais la rupture du kyste, elle ne peut pas être évitée ; il y a des kystes tout à fait friables qui se rompent pendant la ponction. Dans d'autres cas la ponction a pu amener une torsion du pédicule par suite du retrait brusque de la paroi, et enfin dans des cas, plus rares il est vrai, l'hémorrhagie.

La ponction n'est pas indifférente non plus, à cause des adhérences qu'elle crée et qui peuvent plus tard gêner l'opérateur, s'il est obligé d'arriver à l'extraction du kyste. Spencer Wells lui-même, qui accepte la ponction dans beaucoup des cas, qui admet qu'elle n'aggrave pas beaucoup les résultats de l'ovariotomie, conclut pourtant dans sa statistique à ce que l'ovariotomie après la ponction donne 2 0/0 de mortalité en plus que l'ovariotomie faite d'emblée.

Du reste, la ponction dans les kystes de l'ovaire est une intervention abandonnée par les chirurgiens pour les kystes ovariens sans grossesse, comme

inutile le plus souvent, comme dangereuse quelquefois ; ses indications ne sont admises que dans les cas d'urgence absolue.

Eh bien, dans les cas de kystes compliqués de grossesse, la ponction est aussi inutile et plus dangereuse.

Elle est plus dangereuse, car la vie du fœtus est compromise du fait du traumatisme et les statistiques citées plus haut le prouvent suffisamment, puisque celle de Heiberg, entre autres, donne 50 0/0 d'avortement ; de plus, le danger de ponctionner l'utérus n'est nullement illusoire. Dans nombre de cas, l'utérus a été intéressé dans la ponction et il s'en est toujours suivi un avortement et presque toujours la mort de la patiente. Cet accident, la ponction de l'utérus, se comprend facilement quand on réfléchit à la situation respective de l'utérus et du kyste. Si habituellement le kyste est situé en avant de l'utérus, ce qui explique les erreurs de diagnostic si fréquentes dans un tiers des cas de kystes pelviens la tumeur est enclavée dans le cul-de-sac de Douglas et refoule l'utérus en avant. Cela arrive même pour les kystes abdominaux qui peuvent avoir un pédicule plongeant entre l'utérus et le rectum. Par conséquent la ponction dans les kystes ovariens compliqués de grossesse est autrement dangereuse que dans les cas de kystes simples, et l'opinion de Spencer Wells ne semble pas trouver de confirmation.

Quant à son utilité, la ponction est souvent con-

testable car, en tant que moyen radical; elle n'atteint son but que dans les cas de kystes du ligament large ou plutôt des kystes para-ovariens. Le cas de Pippinsköld, rapporté par Engestrom où la ponction amena la guérison définitive du kyste, est entièrement isolé. D'un autre côté, dans les kystes multiloculaires, la ponction ne remplit pas toujours son but puisqu'elle ne vide qu'une poche; dans notre observation II, nous voyons que la ponction n'a pas empêché le développement du kyste et que la persistance des accidents a exigé l'ovariotomie, qui fut d'ailleurs couronnée d'un plein succès.

En somme, la ponction peut être :

a) Dangereuse, car elle peut provoquer une hémorrhagie, la rupture, la torsion du kyste, des adhérences et surtout la lésion de l'utérus.

b) Bien souvent inutile, car, non seulement elle n'amène pour ainsi dire jamais la guérison définitive, mais dans un bon nombre de cas elle ne remplit même pas son but d'opération palliative. La reproduction du liquide peut être tellement rapide que plusieurs ponctions sont nécessaires, ce qui n'est pas exempt de danger.

Comme conclusion, nous sommes amenés à dire que la ponction n'est qu'une opération palliative qui ne doit être faite que dans les cas tout à fait spéciaux, c'est-à-dire quand la dyspnée met la vie de la malade en danger imminent ou dans les derniers jours de la grossesse, à la condition cepen-

dant qu'on aura un diagnostic certain sur les rapports du kyste avec l'utérus. On emploiera ce mode de traitement dans les grossesses avancées « quand la fluctuation étant évidente, tout danger de perforation de l'utérus est écarté, et dans les cas où une longue durée et une apparence uniloculaire font croire à un kyste para-ovarien, on l'emploiera aussi dans les kystes proliférants quand certaines circonstances rendent impossible l'ovariotomie à un moment voulu ». Telle est à peu près actuellement la conclusion de Olshausen.

III. — *La ponction et l'ovariotomie vaginales.*

C'est Heiberg qui, en 1881, effrayé lui-même des résultats de la ponction, proposa l'ovariotomie faite par le vagin. D'autres auteurs ont simplifié la pratique de Heiberg et se sont contentés de la ponction.

Nous n'avons pas pu nous procurer une statistique sur l'opération de Heiberg qui n'est en somme que la généralisation d'une opération aujourd'hui abandonnée pour les kystes simples. Mais a priori cette opération est condamnable ; elle n'offre aucun avantage sur la ponction, car elle n'est pas plus radicale, étant donné que l'extirpation du kyste est impossible et elle est certainement plus aveugle. Comment arriver à bien déterminer le siège du kyste par rapport à l'utérus gravide

quand on sait que dans un certain nombre des cas celui-ci est comme coiffé par le kyste ? Que dans d'autres cas le kyste n'envoie dans un des culs-de-sac qu'un faible prolongement qu'on pouvait très bien dépasser et arriver sur l'utérus. Aucun avantage sur la ponction abdominale et beaucoup plus d'inconvénients, voilà ce que nous semble présenter l'opération de Heiberg. Au moment où Heiberg la proposait, elle offrait un avantage qui, aujourd'hui, n'en est pas un ; c'est de ne pas blesser la grande séreuse péritonéale. Mais la ponction ou l'incision de la séreuse abdominale faite dans des bonnes conditions de propreté présente maintenant une innocuité, au point de vue de l'infection, qui n'est plus à démontrer.

IV. *L'avortement provoqué et l'accouchement prématuré.*

On peut l'appeler à juste titre méthode de Barnes, car ce fut cet éminent gynécologue qui l'érigea en méthode, ce qui n'avait pas été fait avant lui. Il fut amené à cette conclusion parce qu'il vit que la nature l'employait pour résoudre le problème.

D'un autre côté, convaincu de la nécessité absolue d'une intervention, ne pouvant s'accommoder de la ponction qui ne réduit pas toujours le volume du kyste, qui n'est pas sans danger et qui provoque souvent l'avortement, ne pouvant accepter l'ova-

riotomie comme trop dangereuse (et en effet, Barnes écrivait en 1873: « on ne peut sérieusement penser à enlever la tumeur par la gastrotomie »), il fut amené à agir directement sur l'œuf pour sauver la vie de la mère.

Cependant, nous n'hésitons pas à considérer *l'avortement provoqué* comme une pratique déplorable.

Nous ne voulons même pas parler des accidents nombreux qui accompagnent l'avortement; l'infection, l'hémorrhagie, l'accroissement du kyste. Même en nous résignant ne pas tenir compte des nombreuses causes de mort pour la mère, nous ne comprenons pas qu'en tue de parti pris l'enfant.

Quant à l'accouchement provoqué, c'est plus soutenable. Cependant les accoucheurs eux-mêmes n'y tiennent guère. C'est que, comme le disent Hegar et Kaltembach, même dans les cas où il réussit non seulement, il n'empêche pas les accidents qui peuvent toujours survenir du côté de la mère pendant l'accouchement, mais il n'évite pas l'ovariotomie. Donc « la malade est successivement exposée à deux opérations dangereuses, l'accouchement ou l'avortement provoqué et l'ovariotomie. » (Hegar et Kaltembach).

Mais, est-ce que l'accouchement provoqué n'aurait aucune influence sur la vie future de l'enfant? En tout cas, Spiegelberg prétend que beaucoup d'enfants meurent quelque temps après

leur naissance. « Et même pendant l'opération, l'enfant est sacrifié dans la plupart des cas », dit Engström.

Et nous ne voulons pas tenir compte des accidents d'infection qui doivent aujourd'hui être évités. C'est précisément à cause de cela que les statistiques anciennes n'ont aucune importance, puisqu'il y a là une cause d'insuccès qui doit aujourd'hui disparaître.

Mais il y a contre l'accouchement prématuré artificiel un argument dont la valeur nous paraît décisive ; c'est que, pendant qu'on attend que le fœtus soit viable, le kyste peut se compliquer des nombreux accidents qui nous ont décidé à abandonner l'expectation.

C'est pour cela probablement que l'accouchement provoqué a été abandonné ; et aussi parce qu'il y a mieux ; l'ovariotomie est venue prendre la place qui lui était offerte, car non seulement les accidents du côté de la mère sont nuls, mais ils sont aussi moins fréquents du côté de l'enfant. En outre, c'est la seule opération qui peut amener la guérison radicale d'une façon certaine.

V. — *L'ovariotomie.*

Nous avons déjà parlé, au commencement de cette thèse, de l'histoire de l'ovariotomie pendant la grossesse, et nous avons vu par ce court histo-

que comme on était loin du temps où Jacquemin traitait l'ovariotomie d'opération funeste. Et cependant tout le monde n'est pas encore d'accord sur les indications de l'ovariotomie, puisque même récemment on admettait les opérations vaginales et la méthode de Barnes; c'est précisément dans la première partie de notre thèse que nous avons essayé de montrer les dangers considérables que présentaient toutes les méthodes de traitement que nous avons passées en revue. Maintenant, il nous faut compléter notre démonstration, en montrant que les résultats de l'ovariotomie sont excellents. Et d'abord, à priori, l'ovariotomie est-elle une opération physiologiquement condamnable? Elle pourrait l'être si la circulation de l'artère utéro-ovarienne était nécessaire à la vie du fœtus ou si l'ovaire exerçait une influence quelconque sur cette vie fœtale. Or, pour ce qui est de la circulation fœtale, aucun doute ne doit subsister, l'artère utéro-ovarienne est bien plus une artère ovarienne qu'utérine, et si son volume pendant la grossesse est plus considérable qu'à l'état normal, les artères utérines sont tellement développées qu'elles peuvent aisément remplacer l'utéro-ovarienne. En outre, les deux artères utérines communiquent largement entre elles, puisque l'utérus gravide est une vraie éponge sanguine.

Donc, rien qui s'oppose de ce côté à l'extirpation des annexes.

Quant à l'action de l'ovaire sur la grossesse, nous

ne voyons pas quelle pourrait être son influence; physiologiquement l'ovaire a fini son rôle dans la grossesse une fois que l'œuf est dans l'intérieur de l'utérus.

En conséquence, aucune raison d'ordre physiologique ne s'oppose à l'ovariotomie. Et ce que nous disons de l'ovariotomie simple nous pouvons l'avancer aussi pour l'ovariotomie bilatérale.

Mais une autre objection a été faite et qui mérite d'être discutée : pendant l'opération on intéresse fatalement les plexus utéro-ovariens et si l'influence de l'ovaire sur la grossesse est nulle, celle des plexus nerveux ne l'est pas puisque on peut déterminer des contractions utérines qui amèneraient l'avortement. C'est même probablement aux contractions ainsi déterminées qu'il faut attribuer l'avortement qui suit parfois l'ovariotomie.

Mais il ne faut pas exagérer son importance, quand on lit quelques-unes des observations où l'avortement a suivi l'ovariotomie, on voit que dans quelques cas on a ponctionné l'utérus ; tel est le cas de Spencer Wells ; ou bien que l'opération a été extrêmement laborieuse ; tel est le cas du professeur Cross rapporté par Rémy, dans lequel l'opération dura 3 heures $\frac{1}{4}$ et fut tellement laborieuse qu'au cours de l'opération on songea à l'abandonner, mais elle était déjà trop avancée pour qu'on pût laisser le kyste sans danger.

Dans d'autres cas enfin, on a laissé l'utérus exposé trop longtemps à l'air ; or, on sait depuis

Engstrom que le refroidissement est une cause d'avortement par les contractions utérines qu'il provoque. Cet auteur a remarqué que chez les animaux pleins qu'il opérait, la fausse couche survenait quand l'utérus était exposé au froid, aussi prend-il la précaution de recouvrir l'utérus de compresses chaudes. Du reste, il y a aussi d'autres moyens qui peuvent être ajoutés au précédent pour parer aux contractions utérines. Ainsi, par exemple, les lavements d'opium qui sont si efficaces pour arrêter une fausse couche. C'est là probablement une des raisons pour lesquelles Engstrom a eu de si beaux succès, sur 7 cas une seule fausse couche.

Enfin, pendant l'opération il faudra toucher le moins possible à l'utérus.

Ainsi donc, il n'y a pas à priori d'opposition sérieuse contre l'ovariotomie simple ou double pratiquée pendant la grossesse.

Voyons maintenant les résultats :

1^o *Ovariectomie simple.*

Quels sont les résultats de l'ovariotomie simple du côté de la mère et du fœtus ?

Mère. — Heiberg, réunissant les observations des différents auteurs, arrive à une mortalité de 15 0/0 ; et la statistique plus complète de Rémy lui donne 190/0 de mortalité. Mais il ne faut pas oublier

que ces auteurs font rentrer en ligne de compte les opérations faites avant l'ère antiseptique ou avant que la technique de l'ovariotomie fût bien fixée. Ainsi la malade de Spencer Wells est-elle morte de péritonite, et celle de Lawson-Tait à la suite de la gangrène du pédicule due au clamp dont ce chirurgien se servait encore en ce moment. Les autres 10 cas de Lawson-Tait où la ligature a remplacé le clamp, lui ont donné 10 guérisons.

Si nous faisons le résumé de quelques statistiques récentes nous obtenons les résultats suivants :

Spencer Wells.	10	ovariotomies.	1	cas de mort.
Lawson-Tait ..	11	—	1	—
Olshausen.....	8	—	0	—
Schrøeder.....	12	—	0	—
Terrillon	3	—	0	—
Engstrom.....	7	—	0	—

Soit 51 avec 2 morts, ce qui ne fait même pas 4 0/0. Et certainement la statistique doit s'améliorer, car nous avons cité deux cas de mort qui ne seraient certainement pas survenus aujourd'hui. Est-ce à dire qu'on n'aurait jamais de cas de mort ? En tout cas, comme le dit Péan « l'opération faite pendant la grossesse n'est pas plus grave que si elle est faite en dehors d'elle ; la crainte d'hémorrhagie notamment ne doit pas exister ».

« Ceux qui professent une semblable opinion se fondent sur ce fait que les opérations pratiquées chez les femmes enceintes les exposent à des hémorrhagies redoutables, surtout si l'opération a lieu

au voisinage de la cavité pelvienne. Ces craintes ont été singulièrement exagérées et les faits tirés de notre pratique sont assez nombreux pour démontrer que ces dangers, en particulier celui d'une hémorrhagie, n'ont pas l'importance qu'on leur attribue. Les succès ont été aussi nombreux chez les malades opérées dans l'état de grossesse que chez celles opérées dans d'autres conditions. »

C'est aussi l'opinion de M. Pozzi qui dit : « En dehors du travail, je ne crois pas que l'on doive hésiter à faire l'ovariotomie. » M. Terrillon, dans son travail, fait avec M. Valat, arrive à la même conclusion.

L'ovariotomie est donc l'opération qui donne les meilleurs résultats au point de vue de la santé de la mère, puisque la ponction donne 22,5 p. 100 de mort (Heiberg) ; 11 p. 100 de mort (Rémy.)

Enfant. — En ce qui concerne la marche de la grossesse, l'ovariotomie est encore la meilleure intervention. La ponction donne, d'après Heiberg, 37,5 pour 100 d'avortements ; dans la statistique de Rémy, on a, il est vrai, 50 pour 100 d'avortements avec l'ovariotomie, mais il s'agit là des interventions faites avant l'éreantiseptiques ; dans les 7 cas d'Engstrom, il n'y a eu qu'un seul avortement et encore celui-ci survient-il plus de cinq semaines après l'opération. C'était en outre un kyste inclus dans le ligament large, il a donc fallu exercer des tiraillements sur l'utérus ; « la principale cause de

la fausse couche, dit Engstrom, était la lacération bilatérale de la portion vaginale de l'utérus. »

Du reste, de la statistique réunie par Olshausen, il résulte que l'ovariotomie donne seulement 20 pour 100 d'avortements et encore, dans ces cas, Olshausen en a fait entrer quelques-uns où l'utérus a été ponctionné par mégarde.

De tous les moyens d'intervention, l'intervention radicale est donc l'opération la plus bénigne.

OVARIOTOMIE DOUBLE

Les cas d'ovariotomie double, pendant la grossesse, sont extrêmement rares ; c'est précisément pour cela que M. le docteur Polaillon nous a engagée à faire notre thèse sur ce sujet. Nous avons pu réunir en tout VII observations, qui sont d'autant plus démonstratives que tous les cas sont récents, par conséquent, toutes les fautes susceptibles de compromettre le succès, ont pu être évitées. Nos observations appartiennent aussi à des chirurgiens différents, qui n'opèrent certainement pas dans les mêmes conditions. Une appartient à M. le docteur Polaillon, une, publiée *in extenso* par Potter et cinq autres, dont nous n'avons pu trouver que l'analyse, appartiennent, deux à Meredith, une autre à Thornton, une à St-Martin, de Berlin, et la dernière à Veit.

Or, dans les 7 cas on a eu 7 succès pour la mère et pour l'enfant. Dans un cas, l'accouchement a eu lieu au 8^e mois, mais l'enfant est né bien portant.

Ces résultats sont d'autant plus satisfaisants que l'opération n'a pas toujours été exécutée.

tée dans les conditions désirables, puisque dans un certain nombre de cas, la grossesse a été une surprise, constatée seulement à l'examen de l'utérus pendant l'opération, qui ne visait, de prime abord que la torsion du pédicule.

Ainsi, au point de vue de la mère et au point de vue de l'enfant, l'ovariotomie, simple ou double, nous paraît être l'opération qui s'impose.

Est-ce à dire pourtant que toujours l'ovariotomie simple ou double devra être faite dans les kystes de l'ovaire compliquant la grossesse ?

Certainement non ; nous voyons deux contre-indications à l'ovariotomie. La première est tirée de l'état du kyste ; si l'examen a pu démontrer que le kyste est dégénéré en épithélioma malin, ce qui pourra être fortement soupçonné s'il y a des masses irrégulières que le toucher révèle, s'il y a de l'ascite, de la cachexie, ou, si le liquide est sanguinolent, il ne faut pas opérer. Dans ces cas, non seulement on fait une opération le plus souvent incomplète, mais même si on réussit à tout extirper, le traumatisme est énorme et l'opération devient grave et pour la mère et pour l'enfant. Tel est le cas rapporté par Rémy et qui appartient à Gross, dont nous avons parlé plus haut ; l'opération a duré 3 heures et quart et il y a eu mort de la mère et de l'enfant. Il faut donc éviter ces cas où l'intervention devra être incomplète où exceptionnellement laborieuse. La seconde contre-indication est tirée de l'état général ; si on ne peut pas choisir le moment

de l'intervention et qu'on soit appelé chez une cardiaque dont la dyspnée est extrême, il faudra recourir au moyen le plus prompt, quitte à faire plus tard, si l'état de la malade le permet, une intervention radicale.

Dans tous ces cas, la ponction nous semble l'opération de choix.

ÉPOQUE DE L'INTERVENTION

L'époque à laquelle on doit intervenir n'est point indifférente ; ainsi, tous les auteurs, Terrillon, Schröder, Olshausen, Huller, conseillent d'intervenir entre le 3^e et le 4^e mois. Tout en nous rangeant à l'avis des auteurs que nous venons de citer, nous devons cependant faire remarquer qu'on peut aussi intervenir à une époque plus avancée de la grossesse ; car, si en principe il vaut mieux ne pas attendre, on ne doit pas pour cela refuser les avantages de l'ovariotomie à une femme dont la grossesse a dépassé le 5^e mois. Au contraire, Engstrom est intervenu plusieurs fois au 2^e mois de la grossesse, toujours avec succès, et Péan dit que l'on est d'autant plus en droit d'espérer voir la grossesse suivre son cours qu'elle est encore plus près de son début au moment où l'on opère.

Il est évident qu'il sera toujours utile de prendre quelques précautions : opérer vite, faire en sorte que le pédicule n'exerce aucun tiraillement sur l'utérus, toucher le moins possible à cet organe.

Enfin, comme le conseille Engstrom, entourer

toujours l'utérus de compresses chaudes, pour éviter les contractions utérines.

Pendant les jours qui suivent l'opération, il sera bon d'administrer des lavements laudanisés; cela empêche les contractions utérines et éloigne ainsi les probabilités d'une fausse couche.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I. (M. le docteur Polaillon.)

P... Isabelle, âgée de 29 ans, blanchisseuse.

A l'âge de 23 ans, Isabelle P..., vit son ventre augmenter de volume d'une façon progressive et rapide, mais elle ne souffrait pas. Les règles étaient irrégulières mais elles l'avaient toujours été. Elle ne se plaignait que de l'augmentation de volume de son ventre.

Dans les deux ou trois derniers mois de l'année 1891, Isabelle P..., qui avait alors 29 ans, commence à ressentir quelques malaises, fatigue rapide dans son travail de blanchisseuse, essoufflement, faiblesse générale et constipation opiniâtre.

Le 28 décembre 1891, elle fut prise, sans cause apparente, de douleurs violentes dans le bas-ventre et les reins : le ventre était ballonné et extrêmement douloureux, mais la malade n'avait pas de fièvre ni de vomissements. On crut à une péritonite, on l'envoya à la Pitié, salle Grisolle, on reconnut l'existence d'un kyste de l'ovaire ; la malade fut passée en chirurgie.

M. le docteur Pollailon reconnut en effet l'existence de ce kyste qui était très douloureux et qui remontait jusqu'à cinq ou six travers de doigt au-dessus de l'ombilic : la

tumeur paraissait avoir refoulé l'utérus dans la concavité du sacrum. Mais en outre, M. Polaillon admit la possibilité d'une grossesse, car la malade n'avait pas vu ses règles depuis cinq mois, le col était mou et la tumeur qui paraissait être l'utérus était plus grosse qu'un utérus normal.

L'état général de la malade était déplorable, amaigrissement considérable, douleurs incessantes, vomissements, fièvre, tout exigeait une intervention. Elle eut lieu le 12 janvier 1891.

M. Polaillon fait l'ovariotomie ; il trouva un kyste multiloculaire de l'ovaire gauche qui contenait 3 litres de liquide ; l'ovaire droit, kystique lui aussi, était de la grosseur d'un œuf de poule. Les deux ovaires et les deux trompes furent extirpés.

L'opération fut très laborieuse car il y avait des adhérences nombreuses avec l'épiploon et l'intestin. En outre l'hémorrhagie fut assez sérieuse ; le développement des vaisseaux était considérable. L'utérus était bien dans le cul-de-sac postérieur on se garde d'y toucher.

Les suites opératoires furent des plus simples. La température monta à peine à 38° le lendemain de l'opération, puis elle redescendit à 37° et s'y maintint.

Le 8 février elle est guérie. La grossesse n'est plus douteuse, le col est ramolli, allongé, l'utérus très gros, comme celui d'une femme enceinte de quatre mois et demi. Les mamelles présentent un aspect caractéristique.

L'utérus est sorti de l'excavation et est venu prendre sa place normale dans l'abdomen.

La malade fut conservée dans le service par crainte d'une fausse couche.

Bientôt on entendit les bruits du cœur et les mouvements actifs furent manifestes.

La gestation suivi son cours sans accident.

29 janvier. — Accouchement.

Accouchement et suites des couches normales. L'enfant pèse 3.500 grammes, poids du placenta 590 ; involution utérine normale.

OBSERVATION II (Potter). — (*Amer. journ. of. obstetric*, octobre 1888).

M^{me} X..., âgée de 26 ans.

La patiente présente nettement une poche kystique dans l'abdomen qui est extrêmement distendu ; on sent une masse dure dans la région lombaire gauche. Le diagnostic de kyste est d'autant plus facile qu'une ponction avait été faite par le docteur Hofmeier, après son troisième accouchement. Elle a eu depuis un autre enfant. Depuis quelque temps, la malade est tellement gênée qu'elle ne peut même pas s'asseoir, aussi l'examen est rendu très difficile. Cependant les docteurs Gould et Potter, se basant sur l'état du col qui est ramolli, et sur l'absence des règles depuis quatre mois, diagnostiquent l'existence d'une grossesse. Il est impossible de se rendre un compte exact de la situation de l'utérus, car la cavité pelvienne est entièrement occupée par la poche.

Des accidents surviennent, aussi fait-on l'ovariotomie le 30 mars 1888. On trouve deux kystes de l'ovaire, un très gros siégeant à gauche, l'autre plus petit, à droite. Les deux furent extirpés ; on a eu soin de ne pas toucher à l'utérus, qui était gros comme un utérus gravide au 4^e mois. L'opération dura 1 h. 1/4.

Les suites opératoires furent bonnes, sauf deux petits

accidents : La malade eut un peu de rétention, des gaz, ce qui lui donne une légère élévation de température qui disparut avec l'évacuation des gaz.

En outre, le sixième jour, elle eut des douleurs utérines qui firent craindre un avortement, heureusement les lavements continuels de laudanum arrêterent la fausse couche.

Le 28 août, elle accoucha d'un enfant à terme bien conformé. Il pesait 7 livres 1/2.

OBSERVATION III (Meredith). — (*Centralblatt für Gynäkologie*, 1893.)

Jeune femme qui se présente avec un kyste de l'ovaire.

L'ovariotomie montre qu'avec deux kystes, papillomateux et végétants qui ont été très difficiles à extirper, coïncide une grossesse (3^e mois). L'ovariotomie est très difficile à cause des adhérences ; on est obligé de laisser un drain pendant 36 heures.

Suites opératoires bonnes.

Accouchement à terme.

OBSERVATION IV (Meredith). — (*Centralblatt für Gynäkologie*, 1893).

Femme multipare, âgée de 31 ans.

Kyste multiloculaire de l'ovaire gauche qui a subi récemment une torsion.

Kyste dermoïde à droite.

Les deux kystes coïncident avec une grossesse mécon nue avant l'intervention.

Ovariectomie double.
Suites opératoires excellentes.
Accouchement à terme.
Enfant bien portant.

OBSERVATION V (Martin). — (*Itschrif. für Geburtshülfe
Gynécologie*, 1890).

Double ovariectomie pratiquée chez une femme enceinte;
l'opération est extrêmement facile ; elle dure dix minutes.
Guérison.

OBSERVATION VI (Weil). — (*Archive für Gynécologie*, 1892).

Double ovariectomie pour kystes des ovaires. Guérison.
Accouchement à terme.

OBSERVATION VII (Thorton). — (*Lancet*, 1886).

M^{me} M..., âgée de 22 ans.
Kyste de l'ovaire. compliqué de grossesse.
Quelques accidents ; douleurs, élévation de la température, faiblesse, tout cela survenant par crise.
4 février 1885. — Opération.
Extirpation de deux kystes dermoïdes des ovaires.
Guérison.
Accouchement au huitième mois de la grossesse.
Enfant vivant.

CONCLUSIONS

De ce travail nous pouvons tirer les conclusions suivantes :

1° Quand une grossesse est compliquée des kystes de l'ovaire, les accidents survenant, avant ou pendant le travail, sont tels qu'il y a avantage à les prévenir par une intervention.

2° De tous les moyens conseillés, celui qui donne les meilleurs résultats pour la mère et pour l'enfant, c'est l'ovariotomie, qui est en outre le seul procédé de guérison radicale du kyste.

3° Les contre-indications sont restreintes : on ne doit pas faire l'ovariotomie si on croit que l'extirpation complète du kyste est impossible ou si l'état général de la malade s'y oppose. Dans ces cas il faudra recourir à la ponction qui sera aussi indiquée dans les cas où la dyspnée exige une intervention d'urgence.

4° Si les deux ovaires sont kystiques il faudra les extirper ; l'ovariotomie double n'est pas plus grave pour la vie du fœtus que l'ovariotomie unilatérale.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris :

GRÉARD.

Vu : par le Président,
TILLAUX.

Vu : le Doyen,
BROUARDEL.

Paris. — Imp. de la Faculté de médecine, Henri Jouve, 15, rue Racine.

